

# 採取行動通知

郡 \_\_\_\_\_

通知日期 : \_\_\_\_\_  
案件姓名 : \_\_\_\_\_  
號碼 : \_\_\_\_\_  
工作人員姓名 : \_\_\_\_\_  
號碼 : \_\_\_\_\_  
電話 : \_\_\_\_\_  
地址 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌

└

┌

└

有問題嗎？可以問你的工作人員。

**州聽證：**假如你認為採取的行動是錯誤的，你可以請求聽證。本頁反面會告訴你怎樣進行。假如你在採取行動以前請求聽證的話，你的福利可能不會改變。

\_\_\_\_\_，我們的記錄顯示你沒有：

- 在 \_\_\_\_\_ 簽署引至工作的福利計畫方案。
- 在 \_\_\_\_\_ 參與 \_\_\_\_\_ 活動。
- 在你的 \_\_\_\_\_ 活動有良好進度，因為 \_\_\_\_\_。
- 接受在 \_\_\_\_\_ 工作。
- 保持在 \_\_\_\_\_ 工作。
- 保持相同金額的工資。

## 我們須要和你談話

為了避免降低你的家庭現金補助，我們必須和你談論這個問題。我們已為你約好會談的時間，在 \_\_\_\_\_，時間是 \_\_\_\_\_ 點鐘，地點在 \_\_\_\_\_。假如你須要往返交通或托兒看顧才能赴約，請打電話給你的引至工作的福利計畫工作人員，電話號碼列在下面。

引至工作福利計畫工作人員姓名： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_

如果你不能赴約，你必須打電話給你的工作人員重新約時間。除非你有正當理由，否則你只有一次機會重約時間。你可以打電話給你的工作人員談論這問題代替親赴會談。你必須打電話給你的工作人員另約時間見面，或以電話談論你的問題，電話號碼是 \_\_\_\_\_。

在你跟工作人員會談時，你會被問到你是否有合理的理由（“正當理由”）不做我們要求的事項。假如我們核實你確有正當理由，你的家庭現金補助不會因為這個問題而減少。這裡是一些正當理由的例子：找不到托兒照顧，或往返交通有困難。其他正當理由，請看隨本表格附上的“請求判定正當理由”表格。

如果你能夠顯示在你沒有參與你引至工作的福利計畫活動時你其實應當獲得免除的話，你的家庭現金補助也不會減少。

假如你不照我們的要求做，並且沒有正當理由的話，你可以同意一項能達到引至工作的福利計畫規定的合作方案。如果你同意並照著合作方案做的話，你的家庭現金補助不會減少。倘若你同意一項合作方案，但後來卻不照著做，你的家庭現金補助就會減少。如果這情形發生的話，你會另外收到一份通知。

**法規：**這些規條適用。CalWORKs\* MPP § 42-712 (exemptions); 42-713 (good cause); 42-721 (noncompliance and good cause). Food Stamps MPP § 63-407.521. 你可在你的福利辦事處查閱。

## 如何防止你的現金補助被裁減

除非你能夠證明你不做我們要求的事項是有正當理由，否則在 \_\_\_\_\_ 時，你家的現金補助會從 \$ \_\_\_\_\_ 減少至 \$ \_\_\_\_\_。如果你沒有正當理由，你可以同意一項合作方案防止你的現金補助被削減。假如你不同意一項合作方案，在你的現金補助被減少之前，你不會再收到另外的通知。

假如你的家庭現金補助被削減的話，請看第二頁上面更多關於我們怎麼核算你的家庭應該得到多少補助的資訊。

假如你不再領取現金補助，我們將不支付交通，工作，或受訓練有關的開銷。假如你工作或上學的話，我們可能可以支付托兒照顧。

## 如何重新獲得現金補助

假如你的現金補助被減少，你可以重新獲得現金補助的福利若果你合於領取資格並跟郡辦事處聯絡，告訴他們你要再領取現金補助；然後照著他們告訴你的事情做。

要聯絡郡辦事處關於重新領取現金補助一事，請打電話 \_\_\_\_\_。

**你需要免費的法律諮詢嗎？** 關於這個問題，你可以從下列地方得到免費協助：

當地法律協助辦事處：( ) \_\_\_\_\_

州福利權益機構：( ) \_\_\_\_\_

**糧食券：**假如你沒做到引至工作福利計畫的規定，而同時因此被糧食券計畫處分，你可能不能領取糧食券。假如糧食券福利計畫施行處分的話，你會收到另外一份通知告訴你的糧食券會停多久。

**加州醫療補助福利 (Medi-Cal)：**此採取行動通知 不 改變，也不停止 Medi-Cal 福利。請保留你的塑料福利身份證明卡。

# 採取行動通知

(續)

假如你不做我們要求你做的事項，而且無正當理由，或者你不同意一項合作方案，你的家庭現金補助會在 \_\_\_\_\_ 有如下的改變：

日期由 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ 的每月現金補助金額

## A 部分. 可計算的收入

營業的總收入 ..... \$ \_\_\_\_\_

營業的開銷：

    a. 40% 標準減免額 ..... - \_\_\_\_\_

    或

    b. 實際開銷 ..... - \_\_\_\_\_

營業淨收入 ..... = \_\_\_\_\_

基於殘障非賺得的收入總額  
(協助單位 + 非協助單位成員) ..... \$ \_\_\_\_\_

\$225 減免額 ..... - \_\_\_\_\_

不可減免的基於殘障非賺得的收入 ..... = \_\_\_\_\_

    或

\$225 減免額未使用金額 ..... = \_\_\_\_\_

**賺得收入總額** ..... \$ \_\_\_\_\_

營業賺得的淨收入(如上所示) ..... + \_\_\_\_\_

小計 ..... = \_\_\_\_\_

\$225 減免額未使用金額(如上所示) ..... - \_\_\_\_\_

小計 ..... = \_\_\_\_\_

減免賺得的收入的 50% ..... - \_\_\_\_\_

小計 ..... = \_\_\_\_\_

不可減免的基於殘障非賺得的收入  
(如上所示) ..... + \_\_\_\_\_

其他不可減免的收入(協助單位 +  
非協助單位成員) ..... + \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

**可計算的淨收入** ..... = \_\_\_\_\_

郡

通知日期 \_\_\_\_\_

案件姓名 \_\_\_\_\_

號碼 \_\_\_\_\_

## B 部分. 你的現金補助

1. \_\_\_\_\_ 位人員的最高補助額  
(協助單位 + 非協助單位成員) ..... \$ \_\_\_\_\_

2. 特殊需要(只算協助單位) ..... + \_\_\_\_\_

3. A 部分可計算的淨收入 ..... - \_\_\_\_\_

4. 小計 ..... = \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ 位人員的最高補助額(只算協助單位)  
(受處分人員除外) ..... \$ \_\_\_\_\_

6. 特殊需要(只算協助單位) ..... + \_\_\_\_\_

7. 最高補助額小計 ..... = \_\_\_\_\_

**8. 整個月份補助小計**  
(第 4 或 7 行中金額較低者) ..... = \_\_\_\_\_

9. 第 8 行按比例分配部分月份 ..... = \_\_\_\_\_

10. 調整： 25% 子女贍養處分 ..... - \_\_\_\_\_

    超額發款 ..... - \_\_\_\_\_

    其他處分 ..... - \_\_\_\_\_

    紅利 ..... + \_\_\_\_\_

**11. 每月現金補助金額**  
(調整後的第 8 或 9 行) ..... = \_\_\_\_\_

12. 現時的補助金額(如果此金額較第 11 行高者，你的  
補助金額不改變) ..... = \_\_\_\_\_

## 你的聽證權利

假如你不同意郡政府所採取的任何行動的話，你有權利請求聽證。你只有90天的時間請求聽證。90天開始於郡政府發給你或寄給你通知後的那一天。

假如在對你的現金補助，加州醫藥補助(Medi-Cal)，糧食券，或托兒照顧採取行動以前你請求聽證：

- 在你等待聽證期間你的現金補助或Medi-Cal 將保持不變。
- 在你等待聽證期間你的托兒照顧服務保持不變。
- 你的糧食券保持不變，直至聽證時或你證明期的結束時，視那一個先發生。

假如聽證決定認為我們是對的，你將欠我們你所得到的額外現金補助，糧食券，或托兒照顧服務。

若在聽證以前，要我們減少或停止你的福利金，請在下面作記號：

要，減少或停止： 現金補助  糧食券  托兒照顧

在你為下列項目等待聽證期間

**福利引至工作計劃：**

你不必參加活動。

在寄你這份通知以前你因著就業和參加郡政府批准的活動可以領取托兒照顧付款。

假如我們通知你將停止你其它的協助性服務付款，即使你參加活動，你也不能再領取任何付款。

假如我們通知你將支付你其它的協助性服務付款，我們將在此通知中告訴你的金額和付款方式付款。

- 若要得到這些協助性服務，你必須參加郡政府要你參加的活動。
- 在你等待聽證決定時，假如郡政府付你的協助性服務的金額不足夠讓你參加活動的話，你可以停止參加。

**加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計劃(Cal-Learn):**

- 假如我們通知你我們不能為你服務，你就不能參加 Cal-Learn 計劃。
- 我們只為被批准的活動支付 Cal-Learn 協助性服務。

**其他資料**

**Medi-Cal 地區管理護理計劃成員：**在這份通知上所採取的行動會停止你從地區管理保健計劃項下領取服務。假如你有問題的話，你可以和你的健康計劃會員服務部門聯絡。

**子女撫養和/或醫藥付擔費：**即使你沒有領取現金補助，你當地的子女撫養代理機構也會免費幫助你領取資助。假如他們現在為你收取資助的話，他們將保持進行收取，除非你書面通知他們停止這樣做。他們將寄給你現在所收取到的資助，但他們將收起你所欠郡政府過期未付的錢。

**家庭計劃：**你的福利所將把你索取的資料提供給你。

**聽證檔案：**假如你請求聽證的話，州政府聽證部門將設立一份檔案。在你聽證以前，你有權查看這份檔案，並且至少在聽證前的兩天內得到一份郡政府對你案件的立場聲明的副本。州政府可以把你的聽證檔案交給福利所，聯邦健康人文服務部和聯邦農業部。

**(W&I Code Sections 10850 和 10950.)**

## 若要請求聽證

- 填寫這一頁。
- 複印一份本頁的正反面留作你的記錄。假如你索取的話，你的工作人員會給你一份本頁的副本。
- 請把這一頁寄至或送至：

或者

- **打免費電話：1-800-952-5253** 或者對聽覺或言語有障礙，使用聾者電傳機(TDD)的人，打**1-800-952-8349**。

**要取得幫助：**你可以打上面所列州政府的免費電話詢問你的聽證權利或者尋求法律諮詢的推薦。你可以在你當地的法律諮詢所或福利權利所取得免費的法律幫助。

假如你不願意單獨去聽證，你可以帶朋友或某位人士前去。

### 聽證要求

我因為 \_\_\_\_\_ 郡福利所採取有關下列計劃的行動而要求聽證：

現金補助  糧食券  Medi-Cal

其他（請列出） \_\_\_\_\_

理由在於： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

假如你需要更多篇幅的話，請在此作記號並另加一頁。

我需要州政府提供我一位不需要我付費的翻譯員。（你的親戚或朋友在聽證時不能為你翻譯。）

我的語言或方言是： \_\_\_\_\_

福利被拒絕，改變或停止人的姓名

出生日期	電話號碼
街道地址	
城市	州 郵遞號碼
簽名	日期
填寫此表格人姓名	電話號碼

我要求下面提名人士在聽證時代表我。我准許這位人士查看我的記錄或為我去聽證。（這人可以是朋友或親戚，但不能為你作翻譯。）

姓名	電話號碼
街道地址	
城市	州 郵遞號碼